

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

ФИО _____ \ \ _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____

Телефон _____

Все сведения, представленные в анкете, не будут переданы посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога: _____	Цель: _____
Как Вы оцениваете общее состояние Вашего здоровья?	<input type="checkbox"/> Отличное <input type="checkbox"/> Хорошее <input type="checkbox"/> Удовлетворительное <input type="checkbox"/> Плохое
аллергическая реакция на:	гепатит: тип _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> аспирин / ибупрофен / парацетамол	ВИЧ / СПИД _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> антибиотики	венерические заболевания: _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> препараты йода	опухоли / новообразования _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> препараты хлора	лучевая терапия _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> анестетики (стоматологические)	химиотерапия _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> металлы: золото / серебро / _____	травмы головы или шеи _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> латекс	головокружения / обмороки / судороги / припадки, _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> пищевые продукты	прием антидепрессантов _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> пыльцу и растения	алкогольная / наркотическая зависимость _____ ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> шерсть животных	чувствуете изменения в состоянии Вашего здоровья? _____ ДА НЕТ
вирусные инфекции и герпес _____ ДА НЕТ	принимаете препараты, снижающие вес? _____ ДА НЕТ
крапивница / кожная сыпь _____ ДА НЕТ	принимаете пищевые добавки? _____ ДА НЕТ
имеются или были в прошлом проблемы с сердцем _____ ДА НЕТ	быстро ли Вы устаете? _____ ДА НЕТ
были операции на сердце (водитель ритма, _____ ДА НЕТ	подвержены ли частым головным болям? _____ ДА НЕТ
сердечный клапан и т.д.) _____ ДА НЕТ	Вы курите или курили? _____ ДА НЕТ
высокое / низкое давление _____ ДА НЕТ	наблюдаете ли у Вас повышенная раздражительность? _____ ДА НЕТ
Ваше обычное артериальное давление: _____	чувствуете ли Вы себя иногда подавлено? _____ ДА НЕТ
препараты, разжижающие кровь (антикоагулянты) _____ ДА НЕТ	проводится ли Вам лечение по другой болезни? _____ ДА НЕТ
анемия / плохая свертываемость крови / другие _____ ДА НЕТ	ЖЕН: принимаете ли Вы контрацептивы? _____ ДА НЕТ
проблемы с кровью _____ ДА НЕТ	ЖЕН: Вы беременны? _____ ДА НЕТ
повышенный холестерин или прием препаратов, _____ ДА НЕТ	ЖЕН: являетесь ли Вы кормящей матерью? _____ ДА НЕТ
понижающих уровень холестерина _____ ДА НЕТ	МУЖ: есть ли у Вас заболевания простаты? _____ ДА НЕТ
проблемы с дыханием (астма, эмфизема, саркоидоз) _____ ДА НЕТ	есть ли другие заболевания / симптомы / синдромы _____ ДА НЕТ
проблемы со сном (храп, ночное апное) _____ ДА НЕТ	организма (не указанные выше)? _____ ДА НЕТ
туберкулез _____ ДА НЕТ	
заболевание почек _____ ДА НЕТ	Стоматологический статус
заболевание печени _____ ДА НЕТ	какие-либо осложнения до или после _____ ДА НЕТ
гормональные нарушения _____ ДА НЕТ	стоматологического лечения в прошлом _____ ДА НЕТ
проблемы с щитовидной железой _____ ДА НЕТ	наличие болей и/или щелканье в нижнечелюстном _____ ДА НЕТ
диабет _____ ДА НЕТ	суставе / проблемы с широким открыванием рта _____ ДА НЕТ
язва желудка или 12-перстной кишки _____ ДА НЕТ	кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, _____ ДА НЕТ
нарушения пищеварительной системы _____ ДА НЕТ	постоянная) _____ ДА НЕТ
(рефлюкс-эзофагит, гастрит и т.п.) _____ ДА НЕТ	периодическое появление язв в полости рта _____ ДА НЕТ
остеопороз / остеопения _____ ДА НЕТ	ночное скрежетание зубами (бруксизм) _____ ДА НЕТ
артрит _____ ДА НЕТ	сжимаете ли Вы зубы в дневное время? _____ ДА НЕТ
глаукома _____ ДА НЕТ	заболевания пазух верхней челюсти (гайморовых _____ ДА НЕТ
контактные линзы _____ ДА НЕТ	пазух) _____ ДА НЕТ
любые припухлости в полости рта _____ ДА НЕТ	проводилось ли ранее ортодонтическое лечение? _____ ДА НЕТ

Были ли какие-нибудь изменения в Вашем здоровье за последний год, если были, то какие? _____

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации зависят:

- диагностика, составление плана лечения и результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю: что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить ему об этом; что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода. Я внимательно ознакомился(-лась) с этой анкетой и искренне ответил(-ла) на все вопросы. Я понимаю, что мне необходимо своевременно предоставлять врачам информацию о моем здоровье и всех изменениях в состоянии моего здоровья. Я понимаю, что необходимо обновлять информацию в настоящей анкете каждые полгода.

Я знаю, что каждый раз при посещении стоматолога перед началом лечения необходимо сообщать врачу о принятых лекарственных препаратах, в случае их приема, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят).

Пациент _____ / _____

Ф А М И Л И Я И . О .

П О Д П И С Ь

Д А Т А